



CONFORMIDAD TRANSPORTE

Fecha:...../...../.....

Apellido y nombre del beneficiario:.....

Número de Afiliado/DNI:.....

Yo..... con Documento Tipo
(.....)Nº, doy mi conformidad al diagrama de traslados
por el período: desde hasta.....

Firma:

Aclaración:

Documento:

Dejo constancia que no he accedido al beneficio estipulado en la ley N° 19.279 * y sus
modificatorias La información proporcionada en el presente documento tiene carácter de
Declaración Jurada.

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, COMPLETAR:

Por la presente, dejo constancia que la conformidad brindada es realizada en nombre de
.....

Manifiesto ser el familiar responsable / tutor y autorizo el diagrama de traslados.

Firma:

Aclaración:

Documento:

Dejo constancia que no he accedido al beneficio estipulado en la ley N° 19.279 * y sus
modificatorias La información proporcionada en el presente documento tiene carácter de
Declaración Jurada.

*Régimen para el otorgamiento de franquicias tendientes a facilitar a las personas lisiadas la adquisición de un automóvil